

ANNÉE 1940
1941

THÈSE

N° **22**

POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE
(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR
M^{lle} Geneviève BONASTRE

Ancienne externe des Hôpitaux de Paris

Née à Fère-en-Tardenois (Aisne), le 27 Février 1911

LES
RÉTROVERSIONS DE L'UTÉRUS GRAVIDE
AU COURS DES TROIS DERNIERS MOIS
DE LA GROSSESSE

Président de Thèse : M. JEANNIN, Professeur

PARIS
LIBRAIRIE LE FRANÇOIS
91, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 91

—
1940

ANNÉE 1940

N°

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

M^{lle} Geneviève BONASTRE

Ancienne externe des Hôpitaux de Paris

Née à Fère-en-Tardenois (Aisne), le 27 Février 1911

LES

RÉTROVERSIONS DE L'UTÉRUS GRAVIDE AU COURS DES TROIS DERNIERS MOIS DE LA GROSSESSE

Président de Thèse : M. JEANNIN, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE LE FRANÇOIS

91, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 91

1940

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIÈRE.
Physiologie	LÉON BINET.
Physique médicale.....	STROHL.
Chimie médicale.....	POLONOVSKI
Bactériologie	ROBERT DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générale....	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	PASTEUR-VALLÉRY-RADOT.
Pathologie chirurgicale.....	MONDOR.
Anatomie pathologique.....	LEROUX.
Histologie	CHAPIY.
Pharmacologie et matière médicale.....	TIFFENEAU.
Thérapeutique	AUBERTIN.
Hygiène et médecine préventive.....	TANON.
Médecine légale.....	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	LEVY-VALENSI.
Pathologie expérimentale et comparée....	HENRI BENARD.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.	CHIRAY.
	ABRAMI.
Clinique médicale.....	FIESSINGER.
	LOEPER
	RATHERY.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOUTLET.
Clinique des maladies des enfants.....	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des ma-	
ladies de l'encéphale.....	LAIGNEL LAVASTINE.
Clinique des maladies cutanées et syphi-	
litiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses.....	LEMIERRE.
	CUNEO
Clinique chirurgicale.....	GOSSET
	GREGOIRE
Clinique ophtalmologique.....	LENCRMANT.
Clinique urologique	VELTER.
	CHEVASSU.
Clinique d'accouchements.....	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique.....	LEVY-SOLAL.
Clinique chirurgicale infantile et ortho-	MOCQUOI.
pédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale.....	HARVIER.
Clinique oto-rhino-laryncologique.....	LEMAÏTRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	PIERRE DUVAL.
Clinique propédeutique.....	M. VILLARET.
Clinique de la Tuberculose.....	TROISIER.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'a-	
dulte	MATHIEU.
Clinique cardiologique	LAUBRY.
Clinique de neuro-chirurgie	CLOVIS VINCENT.
Assistance Médico-Sociale.....	N...
	HAZARD.
Professeurs sans chaire.....	MULON.
	OLIVIER.
	SANNIC.
	VERNE.

II. — AGREGÉS EN EXERCICE

MM.

Pathologie chirurgicale.. AMELINE.
 Pathologie médicale..... BARIETY.
 Pathologie médicale BÉNARD HENRI.
 Pathologie médicale BERNARD ETIENNE.
 Hydrologie..... BESANÇON JUSTIN.
 Bactériologie..... BONNET.
 Chimie BOULANGER.
 Pathologie médicale..... BOULIN.
 Pathologie médicale..... BROUET.
 Histologie BULLIARD.
 Pathologie médicale..... CACHERA.
 Anatomie CORDIER.
 Pathologie médicale COSTE.
 Urologie COUVELAIRE.
 Physique DOGNON.
 Urologie FEY.
 Pathologie chirurgicale.. FUNCK.
 Parasitologie GALLIARD.
 Bactériologie GAST-NEL.
 Pathologie chirurgicale.. DE GAUDART D'ALLAINES.
 Physiologie GAYET.
 Pathologie médicale..... DE GENNES.
 Histologie GIROUD.
 Pathologie médicale..... HAGUENAU.
 Oto-rhino-laryngologie .. HALPHEN.

MM.

Anatomie pathologique.. HUGUENIN.
 Hygiène JOANNON.
 Obstétrique LACOMME.
 Obstétrique LANTIER JOUL.
 Pathologie médicale LAROCHE GU.
 Parasitologie LAVIER.
 Pathologie médicale..... LELONG.
 Pathologie expérimentale LEMAITRE.
 Pathologie chirurgicale.. LEVEU.
 Pharmacologie MICHE J. LEVY.
 Pathologie chirurgicale.. MÉNÉGAUX.
 Pathologie médicale..... MOLLARET.
 Pathologie médicale..... MOREAU.
 Pathologie chirurgicale .. MOULONGUET.
 Pathologie médicale..... MOUQUIN.
 Pathologie chirurgicale.. PETIT-DUTAILLIER.
 Médecine légale..... PIÉNEL-ÉVRE.
 Obstétrique PORTES.
 Ophtalmologie RENARD.
 Physiologie RICHET.
 Pathologie chirurgicale.. SÉNÉQUE.
 Pathologie médicale..... TURPIN.
 Obstétrique VIGNES.
 Pathologie chirurgicale.. WILMOH.

III. — AGREGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

Pathologie chirurgicale.. ALGLAVE.
 Pharmacologie BUSQUET.
 Physiologie CHAILLEY-BERT.
 Obstétrique GUENIOT.
 Pathologie chirurgicale.. HEITZ-BOYER.

MM.

Pathologie chirurgicale .. LARDENNOIS.
 Obstétrique LE LORIER.
 Parasitologie NEVEU-LEMAIRE.
 Pathologie chirurgicale .. SCHWARTZ.
 Obstétrique VAUDESCAL.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.		MM.
ALAJOUANINE.	} Clinique médica	BASSET.
AUBERTIN.		BROCQ.
BRULÉ.		CADENAT.
CHABROL.		GATELLIER.
DONZELOT.		MOURE.
DUVOIR.		QUENU.
LIAN.		VELTER.
PASTEUR-VALLERY- RADOT.		
SEZARY.		
		Clinique chirurgicale

MM.	
ECALLE	} Clinique obstétricale.
METZGER	

V. — CHARGES DE COURS

	MM.
Education physique.....	CHAILLEY-BERT, agrégé.
Radiologie clinique.....	LEDoux-LEBARD.
Stomatologie	RUPPE.
Puériculture	WEIL-HALLÉ.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE DE MON PERE

A MA MERE

En gage de ma profonde affection et de ma reconnaissance.

A MA GRAND'MERE

A MON FRERE ET A MA BELLE-SŒUR

En témoignage de mon affection.

A TOUS MES PARENTS

ET

A TOUS MES AMIS

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX DE PARIS

Stage

MONSIEUR LE PROFESSEUR CARNOT

MONSIEUR LE PROFESSEUR CUNEO

MONSIEUR LE PROFESSEUR AUBERTIN

Externat

MONSIEUR LE PROFESSEUR DELHERM

MONSIEUR LE DOCTEUR BAUMGARTNER

MONSIEUR LE DOCTEUR CERISE

MONSIEUR LE PROFESSEUR LEREBoullet

MONSIEUR LE DOCTEUR PORTES

MONSIEUR LE DOCTEUR BOUCHET

MONSIEUR LE DOCTEUR JANET

INTRODUCTION

Au cours de notre séjour à la Maternité de Bichat, nous avons observé un cas de rétroversion de l'utérus grévide chez une femme enceinte de 6 mois 1/2.

Notre maître, le Docteur CATHALA, a bien voulu nous le proposer comme sujet de thèse, nous l'en remercions et l'assurons de toute notre gratitude pour l'enseignement et les conseils qu'il nous a prodigués avec tant de bienveillance durant notre séjour à Bichat.

Ce cas nous a semblé intéressant du fait de sa grande rareté : tandis que les rétroversions utérines se retrouvent fréquemment pendant les trois premiers mois de la grossesse, elles sont exceptionnelles pendant les trois derniers mois.

Cette rareté est due à ce que cette rétrodéviatiou
tantôt se réduit spontanément
tantôt provoque l'interruption précoce de la grossesse : beaucoup d'avortements entre trois et cinq mois n'ont pas d'autres causes.

Si l'avortement n'a pas lieu, il est rare que la déviation postérieure reste silencieuse au-delà du quatrième mois ; un certain nombre de signes :

pesanteur dans le bas-ventre ;
envies fréquentes d'uriner ;
mictions pénibles ;
constipation opiniâtre,
obligent la femme à consulter.

Et dans ce cas :

— ou bien la réduction artificielle est facile et ne se reproduit pas.

— ou bien il est impossible de réduire la rétro-déviatiou ; on est alors obligé d'intervenir et de pratiquer :

- soit le redressement de l'utérus ;
- soit l'extraction de l'œuf ;
- soit l'hystérectomie.

Dans un cas de DAYOT et HARDOUIN, il fut possible d'énucléer un fibrome antérieur et la grossesse évolua jusqu'à terme sans incident.

HISTORIQUE

La rétroversion dans les derniers mois de la grossesse est admise par DEVENTER, en 1734.

Plus tard, BAUDELLOCQUE (1815) l'admet seulement dans les premiers mois de la grossesse.

Madame LACHAPELLE en 1825, et VELPEAU en 1835 confirment l'opinion émise par DEVENTER.

DEPAUL en 1876, suivi plus tard par DÜHRSEN, différencie, pour la première fois, la dilatation sacciforme de l'utérus gravide, de la rétroversion partielle, mais la confond par la suite.

VAUDESCAL, en 1925, dans « *Les Leçons du jeudi soir à la clinique Tarnier* », relatant une observation de VARNIER et DELBET parue dans « *Les Annales de Gynécologie* » en 1897, établit une distinction nette entre la rétroversion partielle de l'utérus gravide, et la dilatation sacciforme.

Pour lui, toutes les rétroversions existant avant quatre mois et demi sont des rétroversions totales, alors que celles qui persistent après ce terme sont partielles : la grossesse continuant à se développer, partie dans l'utérus rétroversé, partie dans la cavité

abdominale grâce à la distension de la paroi antérieure.

Dans notre cas, nous sommes en présence d'une rétroversion totale avec fibrôme développé aux dépens du segment inférieur, les parois utérines ayant gardé partout leur épaisseur normale : la paroi antérieure et la paroi postérieure se sont également développées.

ETIOLOGIE — PATHOGENIE

Les causes de rétroversion de l'utérus gravide après 6 mois sont les mêmes que celles des rétroversions du début de la grossesse, mais celle-ci, dans quelques cas rares, a continué à évoluer.

Nous allons étudier les différentes causes susceptibles de produire une déviation en arrière de l'utérus gravide, et nous commencerons par exposer les cas dans lesquels la rétroversion est due à une tumeur :

fibrôme antérieur ou postérieur ;

kyste de l'ovaire, etc...

notre cas se rapportant à une rétrodéviatiion par fibrôme antérieur.

I. — FIBRÔME

Dans le cas où le déplacement de la matrice en arrière est dû à un fibrôme, les antécédents de la malade peuvent attirer l'attention sur l'existence possible de cette tumeur :

règles particulièrement abondantes et durant plus de quatre jours ;

possibilité de métrorragies ;

l'existence du fibrôme peut être connue de la malade.

Les antécédents peuvent également mettre sur la voie d'une rétroversion préexistante à l'état de grossesse :

- règles particulièrement douloureuses ;
- pesanteur au niveau du rectum ;
- gêne à la miction qui est plus ou moins pénible ;
- constipation opiniâtre.

Dans notre cas, sauf peut-être une abondance un peu anormale des règles qui, malgré tout, ne dureraient pas plus de quatre jours, il était difficile de penser à un fibrôme.

Les douleurs qui existaient au moment des époques, douleurs soulignées par la malade, auraient peut-être pu s'expliquer par la présence d'une rétroversion de l'utérus à l'état de vacuité, mais cette rétroversion, n'ayant provoqué ni troubles urinaires, ni douleurs, ni gêne à l'évacuation des matières fécales, n'a pas attiré l'attention de la malade.

A. — FIBRÔME ANTÉRIEUR DU SEGMENT INFÉRIEUR

Observation I.

Examen à la Maternité de Saint-Louis.

Femme de 26 ans, née à Mayenne.

— Antécédents héréditaires :

Père et mère bien portants ;

Un collatéral bien portant.

— Antécédents physiologiques :

Née à terme, élevée au biberon ;

A toujours bien marché ;

Réglée à 12 ans, règles régulières, très douloureuses et abondantes.

— Antécédents pathologiques :

Appendicite à 21 ans.

— Antécédents obstétricaux :

Première grossesse, elle ne sait pas la date de ses dernières règles ;

Procréateur 30 ans, bien portant ;

Urines normales ;

Pendant la grossesse : vomissements, oreillons.

Examen.

Grossesse de 6 mois et demi environ.

L'abdomen contient une tumeur qui semble être l'utérus dont le fond est situé à 2 travers de doigt au-dessus de l'ombilic.

Au palper, on ne sent pas de parties fœtales. Il semble qu'on entende des bruits du cœur à droite et en arrière.

Au toucher, on sent, dans le cul de sac postérieur, une tumeur liquide, peu tendue dans laquelle on ne sent pas de parties fœtales.

Le vagin est très allongé et l'on arrive difficilement, à bout de doigt, jusqu'au col utérin situé au-dessus du pubis.

Pas de troubles urinaires. Pas de constipation.

La Maternité de Saint-Louis devant être évacuée, on conseille à la femme d'aller consulter à l'hôpital Bichat.

Le 14 octobre 1939, la femme entre à la Maternité de l'hôpital Bichat.

La veille, elle a eu quelques douleurs intermittentes, et quelques pertes de sang pâle.

Examen le 14 au matin.

L'examen de l'abdomen donne l'impression d'une grossesse de 7 mois.

Masse abdominale régulière, pâteuse.

Par le palper : on ne sent pas de fœtus, pas de ballottement.

On n'entend pas de bruits du cœur, la femme dit cependant sentir remuer.

Au toucher, on ne sent plus le col qui a encore remonté depuis le précédent examen.

Le cul de sac postérieur du vagin est rempli par une tumeur de consistance liquide ; par moment, on arrive à percevoir un ballottement fœtal.

On fait faire une radiographie.

Dans la journée, la femme a des douleurs intermittentes qui ressemblent à un début de travail.

On lui fait, dans l'après-midi, une piqûre de morphine.

A dix heures du soir, elle a des douleurs peu accentuées, toujours intermittentes. Au moment des douleurs, il y a tension de la tumeur abdominale, mais cette tension est faible.

DIAGNOSTIC, soit :

1) *Grossesse extra-utérine.*

Mais on ne sent pas d'utérus entre la paroi abdominale et la tumeur postérieure que constituerait le sac fœtal.

En cas de grossesse extra-utérine, le col n'aurait pas continué son ascension au-dessus du pubis.

Il semble qu'il y ait des contractions de la masse abdominale.

2) *Kyste de l'ovaire prævia.*

mais on a senti un ballottement.

3) *Dilatation sacciforme.*

mais on devrait sentir des parties fœtales dans la tumeur abdominale qui remonte jusqu'au dessus de l'ombilic et entendre nettement les bruits du cœur fœtal.

Cependant, c'est à ce diagnostic qu'on se résoud. La femme, ayant des douleurs de travail (ou de faux travail), l'accouchement par les voies naturelles ne paraissant pas possible et créant des risques graves, on décide d'intervenir par voie haute.

— *Intervention à 23 heures*

Anesthésie au Schleich.

Incision médiane pubis-ombilic.

On voit la paroi utérine tendue, recouverte à sa partie inférieure par la vessie qui lui est intimement unie.

Incision utérine : il s'écoule du liquide amniotique. La main pénètre dans une cavité lisse de dix à douze centimètres de diamètre au fond de laquelle on sent un orifice circulaire de cinq centimètres environ.

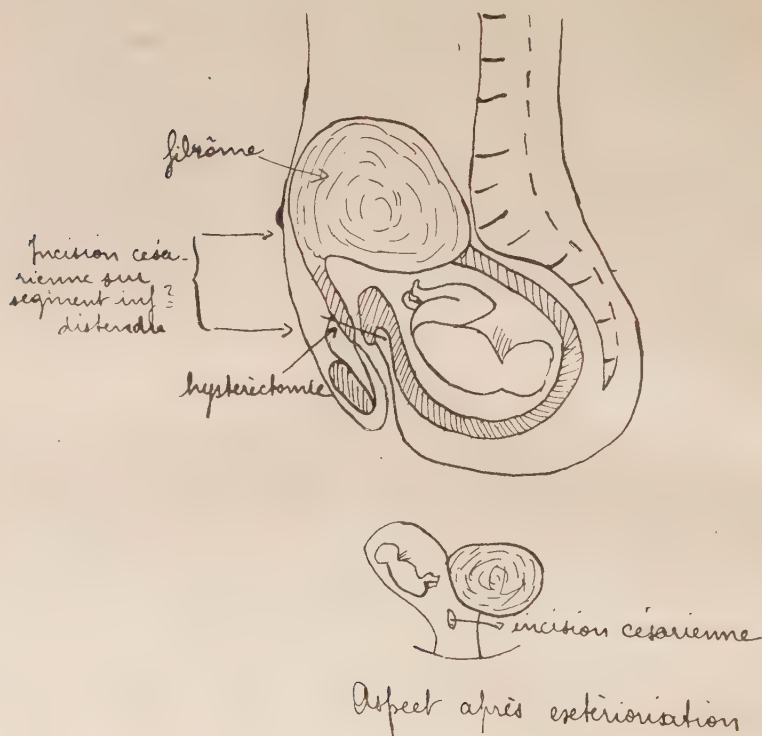
Le doigt, introduit dans cet orifice, perçoit de petites parties fœtales. A la partie supérieure, on sent une masse fibreuse qui constitue la partie supérieure de la tumeur.

La main empaume cette masse et extériorise un fibrôme de vingt centimètres de diamètre environ.

Derrière celui-ci, à droite et au-dessous, on sent une autre masse qui s'enfonce dans le Douglas; on prolonge l'incision au-dessus de l'ombilic, et on extériorise cette masse.

Les deux masses extraites donnent l'aspect d'un utérus bicorne (voir fig. 1) :

RÉTROVERSION TOTALE DE L'UTÉRUS GRAVIDE
PAR FIBRÔME ANTÉRIEUR DU SEGMENT INFÉRIEUR



Celle de droite (la deuxième) est constituée par l'utérus reconnaissable à ses annexes.

Au moment où on a extériorisé l'utérus, on a entendu un vagissement intra-utérin.

La main, réintroduite dans la cavité utérine peut, à bout de doigt, saisir les pieds du fœtus qui est extrait : petit fœtus vivant du sexe féminin pesant 1.200 grammes.

On procède alors à l'hystérectomie : section et ligature des pédicules. Section du col utérin allongé dans lequel on place un drain.

La péritonisation n'est pas parfaite, on met un Mickulicz.

Fermeture de la paroi : un plan péritonéal au catgut ; un plan pour les muscles, aponévrose et peau.

Enfant extrait le 15 octobre 1939 à 23 h. 30, crie après trois quarts d'heure de soins. Fille décédée le 16 octobre 1939 à 6 h. 30.

15 octobre 1939

gêne respiratoire : enveloppements sinapisés ;

eucalyptine ;

solucamphre : 5 cc. toutes les 4 heures.

250 gr. de sérum salé le matin.

250 gr. de sérum salé le soir.

matin : température 38°6, pouls 104.

soir : température 39°6, pouls 112.

16 octobre 1939.

500 gr. de sérum en goutte à goutte rectal.

matin : température 38°6, pouls 104.

soir : température 37°5, pouls 96.

1 ampoule de prostigmine.

Le matin, on retire les 3 mèches du Mickulicz.

26 octobre 1939.

Ablation des fils.

29 octobre 1939.

Ablation du Mickulicz.

La malade sort guérie le 27^e jour après l'opération.

Dans ce cas, il était difficile de faire un diagnostic de rétroversion, la malade ne présentant aucun signe, ni aucune complication pouvant faire penser à cette affection.

Dans un cas de Croom, les métrorragies antérieures permettaient de soupçonner un fibrôme.

Observation II. — (CROOM, *Edinburgh Méd. Journ.*, 1894), rapportée par CRIVELLI.

Multipare de 44 ans, envoyée pour tumeur ovarienne. On trouve une tumeur abdominale remontant jusqu'à l'ombilic, et le vagin rempli par une grande tumeur ronde. Le col est inaccessible.

A l'auscultation, on entend un souffle faible. Il y a eu des métrorragies irrégulières et la tumeur a poussé rapidement.

Laparotomie : on trouve l'utérus gravide ayant un fibrôme de sa paroi antérieure, appuyant contre le pubis et refoulant l'utérus en arrière.

Libération et reposition.

Quatre jours après, l'accouchement se produit suivi de rétroflexion de l'utérus.

En résumé, dans le cas d'un fibrôme prævia, l'examen révèle :

— *une tumeur abdominale* remontant plus ou moins haut, mais ne contenant pas de parties fœtales. Cette tumeur peut être prise, dans un certain nombre de cas, pour l'utérus gravide, d'autant plus facilement qu'il peut exister des contractions à son niveau, mais son développement peut ne pas correspondre à l'âge de la grossesse (cas de CROOM).

— *Les bruits du cœur* ne sont pas entendus aux foyers habituels.

— *Au toucher vaginal* : au lieu de tomber immédiatement sur le col, le doigt rencontre une tumeur qui remplit le cul de sac postérieur :

tumeur liquide, rénitente, peu tendue qui peut présenter des contractions.

— *Le col est inaccessible* ou très difficilement accessible, haut derrière la symphyse pubienne.

— L'existence d'un *ballotement fœtal* au niveau de la tumeur postérieure, permet, dans les cas où il existe, de poser un diagnostic de grossesse, il en est de même des bruits du cœur fœtal, mais on ne les entend pas toujours.

— Le *toucher rectal* permet de sentir la lumière du rectum comprimée par la tumeur constituée par l'utérus gravide.

B. — FIBRÔME DU FOND DE L'UTÉRUS

Observation III. — (PINARD et VARNIER) rapportée par VAUDESCAL.

Femme au 8^e mois de la grossesse venue à la Maternité pour perte de sang de moyenne intensité.

A l'examen : en position couchée, à première vue : l'utérus n'avait pas les dimensions qu'il aurait dû avoir au 8^e mois ; d'autre part, il pointait en avant, dans la partie sous-ombilicale de l'abdomen (aspect inhabituel chez les primipares).

— *Au toucher vaginal* : lorsqu'on glissait le doigt en

arrière de la symphyse pubienne, dans le vagin, pour aller à la recherche du col, on était tout à fait étonné de ne trouver absolument rien qui correspondait au col ; on était obligé de suivre une sorte de gouttière rétro-pubienne non seulement derrière la symphyse, mais au-dessous de celle-ci ; on finissait par trouver l'orifice du col extrêmement élevé, tout à fait à bout de doigt.

En arrière, au contraire, toute l'excavation sacrée, tout le cul de sac postérieur étaient remplis par une masse que VARNIER décrit de la façon suivante :

« C'était une masse sphérique, régulièrement arrondie, dont la consistance un peu mollassse était à peu près celle d'un fibrome ».

Et VARNIER pensait, en effet, qu'il s'agissait d'un fibrome.

Cette masse empêchait de sentir la paroi postérieure de l'utérus, et lorsqu'on essayait de pratiquer le palper combiné au toucher, on sentait simplement quelques parties fœtales : le siège était en haut, quant à la tête, on ne la sentait pas.

En présence de ces symptômes, l'hémorragie étant relativement légère, VARNIER décida d'attendre que les contractions du travail se produisissent.

Elles ne tardèrent pas à apparaître, mais dans cet utérus dont le col avait la situation que je vous ai indiquée — ce qui n'a été précisé que plus tard, au cours de l'intervention — ces contractions ne pouvaient aboutir à la dilatation ; rapidement, les accidents devaient survenir.

VARNIER, comprenant la situation, décida de ne pas attendre plus longtemps ; il demanda DELBET qui pratiqua la laparotomie, et voici ce qu'ils découvrirent et ce que DELBET rapporte :

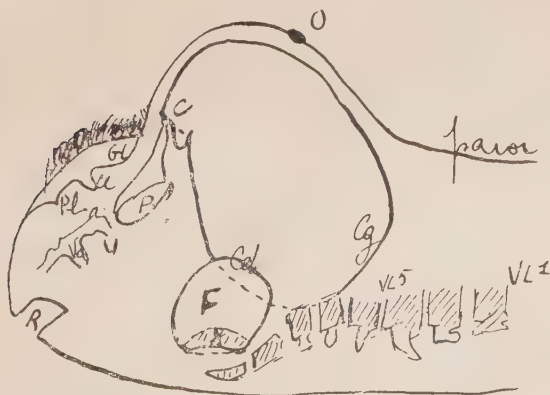
« A l'ouverture de l'abdomen, je trouvai que la paroi

antérieure de l'utérus ne dépassait pas l'ombilic, la vessie était étalée en avant de l'utérus, et j'eus à la séparer de cet organe. Puis, je trouvai à la partie inférieure de l'incision quelque chose qui ressemblait à un col, mais que je n'aurais jamais diagnostiqué être un col si je n'avais été prévenu par ce que l'examen vaginal avait donné.

Au-dessus de l'ombilic, brusquement l'utérus se recourbait en arrière, venait se mouler sur la colonne vertébrale. La corne droite qui était, ainsi que le fond de l'utérus, dans le fond de l'excavation pelvienne, donnait l'impression d'une masse fibrômateuse attachée immédiatement en arrière de l'origine de la trompe droite ».

Entre temps, le fœtus avait succombé, et DELBET, incisant l'utérus, extraya un enfant mort.

D'après VAUDESCAL (obs. de VARNIER et DELBET)
schématique



P : pubis ; VL⁵ : dernière vertèbre lombaire ; VL¹ : 1^{re} vertèbre lombaire ; O : ombilic ; C : col de l'utérus ; Cg : corne gauche ; Cd : corne droite ; F : fibrôme enclavé adhérent dans la concavité sacrée ; X : surface d'insertion des adhérences ; Va : vagin ; Cl : clitoris ; Pl : petite lèvre ; Gl : grande lèvre ; U : urèthre ; R : rectum.

Ceci fait, on put réduire la rétroversion de l'utérus et on se rendit compte alors qu'il s'agissait bien d'une rétroversion partielle de l'utérus. Toute une partie de l'organe, dépassant la limite du détroit supérieur, s'était développée dans la cavité abdominale.

L'EXAMEN DE LA FEMME

donne, dans le cas de fibrôme antérieur, des signes différents de ceux que révèle l'examen d'une rétroversion gravidique coexistant avec un fibrôme postérieur.

Dans le 1^{er} cas :

— Le développement de la tumeur en avant peut faire croire à un utérus de grosseur à peu près normale par rapport à la date des dernières règles (il en était ainsi dans notre cas).

— Le palper permet de reconnaître, contre la paroi abdominale, une tumeur sans signes de grossesse (pas de ballottement). Pas de bruits du cœur à l'auscultation.

— Le toucher met en évidence l'existence d'une tumeur postérieure de consistance liquidienne qui comble le Douglas et qui, dans les cas favorables, présente un ballottement fœtal.

Dans le 2^e cas :

— Les dimensions utérines sont, comme dans toutes rétroversions gravidiques, nettement inférieures à celles que devrait avoir un utérus arrivé au terme indiqué par l'arrêt de la menstruation.

— Le palper montre l'utérus contre la paroi abdominale et permet de mettre en évidence l'existence d'un ballottement

ou d'un pôle fœtal.

— L'auscultation donne des bruits du cœur situés, à peu de chose près, aux foyers habituels.

— Le toucher ne donne pas les signes ordinairement trouvés dans la grossesse : ceux-ci sont masqués par une tumeur postérieure qui occupe toute l'excavation sacrée et le cul de sac postérieur : tumeur n'ayant pas la consistance liquidienne de l'utérus gravide.

Dans les 2 cas, et pour les mêmes raisons (col attiré en haut par le mouvement de bascule de l'utérus), le col est difficile à trouver derrière la symphyse pubienne.

II. — KYSTE DE L'OVAIRE

Observation IV. — (CROOM, *Edinburgh Méd. Journ.*, 1894) rapportée par CRIVELLI.

Multipare de 35 ans, envoyée pour une tumeur ovarienne.

A l'examen, on trouve une tumeur abdominale ayant tous les caractères d'un kyste de l'ovaire avec une partie molle à gauche au-dessous de l'ombilic.

Pas de règles depuis 1 an. L'auscultation est négative.

Au toucher vaginal : l'excavation est remplie par une masse élastique un peu irrégulière, et le col est inaccessible, même sous anesthésie.

Diagnostic : tumeur de l'ovaire.

Laparotomie : en dégageant la tumeur, on trouve l'utérus gravide lui adhérant au côté gauche, et divisé en deux parties par une sorte de saillie dure de la tumeur qui le déprime profondément.

Deux jours après, le col devient accessible, on le dilate et avec le forceps, on extrait un fœtus de sept à huit mois dont la tête était dans la partie inférieure et le corps dans la partie supérieure où une partie dure, saillante d'une tumeur ovarienne déprimait la paroi de l'utérus et le divisait ainsi en deux compartiments dont l'un était dans l'excavation.

Dans le cas de kyste de l'ovaire associé à une rétroversion gravidique :

Les antécédents de la malade peuvent mettre sur la voie de la déviation postérieure au cas où celle-ci n'est pas restée silencieuse ; ses signes seront passés en revue avec leur valeur relative dans l'étude clinique que nous ferons plus loin.

Le kyste de l'ovaire peut facilement passer inaperçu, les symptômes de cette tumeur restant peu marqués et n'obligeant pas la femme à consulter tant que la masse kystique n'a pas pris un développement important qui provoque alors une certaine gêne dans le bas-ventre avec quelques signes de compression.

Il s'agit, le plus souvent, de femmes peu et mal réglées, avec des périodes d'aménorrhée plus ou moins fréquentes.

L'examen révèle :

Au palper :

Une tumeur arrondie, rénitente qui peut être plus ou moins mobile ;

une autre masse relativement molle en arrière de cette tumeur.

Ces deux masses sont indépendantes l'une de l'autre.

Au toucher vaginal :

Le cul de sac postérieur est occupé par une tumeur élastique et irrégulière.

Dans l'observation citée, il n'était pas possible de trouver un ballottement fœtal ;

Le col était inaccessible, caché au-dessus du pubis. Le diagnostic de kyste de l'ovaire sera presque toujours possible ; il sera plus difficile, et souvent impossible de penser à une grossesse associée dans un utérus en rétroversion chez une femme dont les règles ne sont pas régulières, à moins que la rétroversion ait préexisté à la grossesse et soit connue de la femme.

Nous allons nous occuper maintenant des autres causes de rétroversion de l'utérus gravide et, en premier lieu, nous citerons :

III. — LA RÉTROVERSION CONSÉCUTIVE A LA RÉTROVERSION DE L'UTÉRUS A L'ÉTAT DE VACUITÉ

Quand une femme ayant habituellement une rétroversion devient enceinte, dans la majorité des cas :

- La déviation se réduit d'elle-même entre le troisième et le quatrième mois,
- ou il se produit un avortement.

Si cette réduction n'a pas lieu spontanément, il suffit, dans nombre de cas, de mettre la femme en position genu pectorale pour que l'utérus se redresse de lui-même et se maintienne en bonne position.

Si le redressement n'a pas lieu, il faut intervenir :

— soit par manœuvres externes (avec ou sans anesthésie) : la main introduite dans le vagin repousse le fond utérin vers le haut tandis que l'on attire le col vers le bas à l'aide d'une pince.

La mise en place d'un pessaire peut être utile si on craint la reproduction de la déviation.

— soit par opération si les autres manœuvres échouent ; souvent alors, le fond utérin a subi un début d'enclavement, et des complications sont imminentes. La laparotomie s'impose pour fixer l'utérus en bonne position.

La grossesse continue ensuite à se développer normalement jusqu'au terme.

Exceptionnellement, il n'y a pas de redressement, pas d'avortement, pas de complications graves qui obligent à intervenir : le diagnostic de rétroversion n'est pas fait faute de symptômes ; l'utérus reste rétro-dévié et se développe.

Observation V. — (PAQUET, *Semaine gynécologique*, Paris, 1913) rapportée par CRIVELLI.

Service OUI (Maternité) 26 mai 1913.

Malade de 24 ans.

A marché à 18 mois.

Réglée à 15 ans.

Jamais malade jusqu'en 1910 quand elle ressentit des douleurs abdominales et lombaires, et la miction devint douloureuse.

Les règles restent régulières, pas de leucorrhée.

En 1911, elle consulte un médecin qui fait le diagnostic de rétrodéviatiou et essaie de la réduire, sans succès.

En août : retard de six semaines, suivi d'hémorragie abondante.

En mai 1912 : les règles disparaissent de nouveau ; et en décembre, il y a rétention d'urine nécessitant un sondage.

L'état est resté bon, mais les mictions deviennent fréquentes et peu abondantes, et la constipation est peu marquée.

25 mai, 4 heures. — Quelques douleurs pour lesquelles on fait venir le médecin, qui ne peut sentir le col, mais trouve une tuméfaction dans l'excavation qu'il tente de réduire, avec l'aide d'un confrère, mais sans succès.

A midi : rupture de la poche des eaux.

26 mai. — Elle arrive dans le service du Docteur Ovi. Température : 38°, pouls : 92.

L'utérus, en contraction permanente, rendant le palper difficile ; fond à 26 cm.

Cœur fœtal à peine perceptible. Elle perd peu de sang, et le cathétérisme donne quelques cm³ d'urine.

Au toucher : on trouve dans le vagin, un pied et le membre fléchi, et plus haut, dans le cul de sac postérieur, une masse dure occupant les deux tiers supérieurs de l'excavation, et de consistance analogue à l'utérus en contraction.

Sous anesthésie, la main introduite dans le vagin (après avoir attiré le pied dehors) assez haut et derrière

le pubis, rencontre la partie postérieure du col encerclant la cuisse.

La traction exercée sur la jambe (gauche) et la pression sur la tumeur produisent un léger mouvement de bascule, mais la fesse antérieure butte sur la symphyse.

Avec difficulté, on transforme le membre antérieur en postérieur, et alors l'accouchement se termine rapidement.

L'enfant, de 2150 grammes, fait quelques mouvements respiratoires, mais meurt peu après.

Une demi-heure plus tard : délivrance normale par expression.

La main dans le vagin retrouve la tumeur dans l'excavation et la refoule aisément dans l'abdomen, et on peut alors explorer la face postérieure de l'utérus qui est normale, et les annexes aussi.

Suites apyrétiques.

Observation VI (DE BOVIS).

Primipare de 30 ans. Dysménorrhée depuis la puberté, causée par une rétrodéviatiou ; et remplacée depuis qu'elle est enceinte par des tiraillements chroniques.

Elle est en travail depuis la veille, mais sans progrès.

Au toucher : le col est très haut derrière la symphyse et la dilatation et l'effacement sont à peu près nuls. On sent la tête au-dessus, les eaux étant écoulées.

L'excavation est remplie par une tumeur ronde, médiane, résistante et pâteuse, descendant jusqu'à la moitié du pelvis et faisant croire à un fibrôme ou à un kyste enclavé.

Plus tard, la dilatation ayant commencé, on la complète avec les doigts, ce qui permet de faire un forceps, alors la tumeur diminue de volume, un peu.

Les suites sont bonnes, mais on ne pratique pas le toucher de peur de l'infecter.

Plus tard, on trouve l'utérus en rétroversion, mais aucune trace de tumeur.

— Les antécédents de la femme permettent de poser le diagnostic rétrospectif de déviation postérieure, si cette déviation n'était pas connue de la malade.

Dans le cas de l'observation V par exemple :

— Les douleurs abdominales et lombaires avec mictions douloureuses ressenties quelques années auparavant.

— Les deux avortements qui ont suivi.

— Les troubles urinaires apparus au début d'une troisième grossesse permettaient, à coup sûr, de poser le diagnostic de rétroversion si ce diagnostic n'avait pas été connu.

A l'examen

d'une femme enceinte de plus de six mois atteinte de rétroversion simple, on trouve :

— Un utérus dont le développement ne concorde pas avec la date des dernières règles.

— Le toucher combiné au palper montre la présence du fond de la matrice dans l'excavation, comblant le cul de sac postérieur : l'ovoïde utérin est à l'envers.

— Le segment inférieur est en haut : il se coude et se dilate par suite de la présence du liquide amniotique qui est refoulé vers le haut.

— Le col remonte, son orifice regarde toujours en bas, mais il apparaît au fond d'un couloir formé par le cul de sac antérieur anormalement développé.

Dans un tel utérus, l'accouchement spontané est presque toujours impossible : l'intervention de l'accoucheur s'impose tôt ou tard (forceps ou extraction de siège).

Le fœtus, dont l'extraction est toujours pénible, survit rarement à l'accouchement.

IV. — RÉTROVERSION BRUSQUE A LA SUITE D'UN TRAUMATISME OU D'UN EFFORT VIOLENT

Dans quelques cas, rares d'ailleurs, la rétroversion s'installe brusquement dans les 3 premiers mois de la grossesse à la suite d'un effort ou d'un traumatisme important, et n'est pas réduite. Elle se produit exceptionnellement plus tard, comme dans l'observation suivante :

Observation VII. — (BAYNHAM, rapportée par PINARD et VARNIER).

H. M., 30 ans, entre au dispensaire général, le 28 mars 1882.

Secondipare, enceinte de 6 mois.

A 4 mois 1/2, en faisant un effort violent, cette femme ressent une forte douleur dans le bas-ventre. Deux jours après : rétention brusque d'urine. La rétention fut d'abord incomplète, et ce n'est qu'un mois après le début des accidents que fut pratiqué le premier cathétérisme qui donna issue à 8 pintes d'urine.

Etat à l'entrée : la malade, qui n'a pas quitté le lit depuis 3 semaines, est dans un état général très mauvais. Troubles vésicaux. Compression pelvienne énorme par l'utérus déplacé. Toucher rectal impossible, chute du rectum.

Il est impossible de réduire l'utérus rétroversé. Ponction de l'utérus par le rectum. Réduction manuelle immédiate. Avortement le lendemain.

Après l'avortement, le cathétérisme ne fut pratiqué qu'une seule fois et évacua une pinte d'urine toujours très altérée.

Depuis lors : incontinence qui persista environ six semaines. Persistance de douleurs pelviennes intenses.

L'écoulement vaginal très abondant et l'écoulement continuel de l'urine produisirent des excoriations et des douleurs. Ce n'est qu'au bout d'un mois que l'urine perdit sa fécondité.

Dans ce cas :

Les antécédents immédiats associés aux signes que donne l'examen permettent au diagnostic de ne pas s'égarer :

— Femme prise subitement d'une douleur violente dans le bas-ventre à la suite de laquelle s'installent :

— une rétention d'urine qui se complète en peu de temps avec émission d'urine par regorgement ;

— une constipation rebelle ;

— un état général qui décline rapidement si l'on n'intervient pas.

Tous ces symptômes étant associés à des signes d'examen semblables à ceux précédemment cités pour la rétroversion consécutive à une rétroversion de l'utérus à l'état de vacuité.

V. — RÉTROVERSION IRRÉDUCTIBLE

DUE A DES ADHÉRENCES

Une rétroversion irréductible peut trouver son origine dans des adhérences qui se sont produites à la suite d'une infection pelvienne quelconque ou à la suite d'une opération sur le petit bassin.

Le Docteur CATHALA a rapporté le cas d'une antéversion irréductible qui s'est produite à la suite d'une opération de salpingite par le cul de sac antérieur : la même opération, par le cul de sac postérieur, peut donner une rétroversion irréductible.

Dans les antécédents de la femme, on retrouve des signes de rétroversion avec, en plus, des antécédents éloignés de :

Salpingite
ou pelvi-péritonite.

Il s'agit, le plus souvent :

— soit de femmes ayant des pertes depuis longtemps ;

des douleurs dans le bas-ventre avec exacerbation de ces douleurs au moment des règles ;

— soit de femmes ayant eu, à un accouchement antérieur, des suites de couches fébriles avec lochies fétides ;

— soit de femmes ayant présenté, à un moment donné, une suppuration pelvienne quelconque.

Observation VIII. — (DEPAUL, 30 août 1875).

Femme de 35 ans ayant eu un avortement à deux mois.

Dernières règles : fin novembre 1875. Tout se passe normalement, sauf un peu d'œdème des jambes et de la vulve depuis 3 semaines.

30 août. — Etant en travail depuis 30 heures, elle est très fatiguée et se plaint de vives douleurs lombaires; l'œdème augmente, le pouls est à 106 et la peau chaude.

A l'examen : l'utérus est à 4 travers de doigt au-dessus de l'ombilic et ses parois semblent être plus minces et plus tendues qu'à l'ordinaire, et la paroi antérieure moins saillante.

On perçoit le cœur et les mouvements.

Au toucher vaginal : on perçoit une tumeur formée par une partie de l'utérus profondément engagé dans l'excavation et arrivant à 3 cm. de la vulve.

Le cul de sac antérieur s'étend très haut, et le col est introuvable.

Au toucher et au spéculum, on perçoit une saillie et une petite dépression qui paraissent être le col oblitéré.

Comme la fièvre et les douleurs augmentent, on fait l'hystérectomie vaginale, qui n'expose que l'insertion placentaire et s'accompagne d'une forte hémorragie.

On tamponne, et comme le lendemain, il n'y avait pas de changement, et que le cœur fœtal n'est pas perceptible, on fait l'anesthésie, et l'extraction par fragments du placenta, puis du fœtus dont le cou se rompt sous les efforts pour extraire la tête dernière qu'on laisse.

Dans la nuit, la malade meurt.

A l'autopsie : grand diamètre vertical de l'utérus : 23 cm. ;

diamètre transversal : 20 cm.

Le col, remonté au-dessus de la symphyse était dilaté de 3 centimètres, et les bords lisses et minces.

Neuf centimètres plus bas, on trouve l'ouverture artificielle.

L'utérus est développé surtout aux dépens de la paroi postérieure qui mesure 46 cm., contre 21 cm. pour la paroi antérieure.

On trouve des adhérences entre la paroi postérieure du vagin et la partie adjacente de l'utérus.

Observation IX. — (CROOM, *Edinburgh Méd. Journ.*, 1894).

1886, femme ayant un grand abcès pelvien, se déchargeant par le haut du vagin. Pas de règles depuis 3 mois.

Drainage, guérison.

7 mois plus tard, elle revient, en travail, et le col est introuvable.

A l'examen : l'utérus atteint l'ombilic, et une grosse masse occupe le vagin. Sous anesthésie, on peut tout juste atteindre le col qui est dur et fixe et ne semble pas vouloir se dilater.

Donc, de peur de complications, après l'histoire antérieure, on fait l'extraction du fœtus par voie abdominale.

Le fœtus était mort, et la tête, un peu hydrocéphalique occupait le bassin dont elle fut difficile à extraire.

Quinze jours après, la malade mourut de péritonite et pneumonie.

Observation X. — (HYERNEAU, *Bull. Acad. Roy. Belg.*, 1874).

Primipare de 23 ans, ayant eu une pelvi-péritonite 3 ans avant.

Actuellement à terme avec présentation de l'épaule et en travail depuis 7 jours après rupture prématurée des membranes.

A l'examen : le col est très haut, du côté gauche et adhérent.

L'excavation est remplie par une tumeur arrondie qui efface les culs de sac postérieur et latéral droit.

On pratique la traction sur l'orifice utérin, accroché par un doigt, mais il est fixe, et impossible à bouger.

Au cours du travail, il y a procidence d'un bras.

L'enfant étant mort, on fait l'embryotomie.

Guérison.

VI. — RÉTROVERSION SANS CAUSE APPARENTE

Dans quelques cas enfin, on ne retrouve pas de cause pouvant être invoquée à l'origine de la rétroversion ; peut-être s'agit-il de cas faisant suite à une rétroversion silencieuse de l'utérus à l'état de vacuité : la rétroversion ne s'étant révélée par aucun signe fonctionnel est restée ignorée de la femme et du médecin.

Observation XI. — (OLDHAM).

Femme à terme, n'ayant éprouvé aucune gêne ou douleur de plus que n'en ont beaucoup de femmes bien portantes, mais l'excavation est remplie par une tumeur ronde, élastique, semblant contenir la tête. Le col est inaccessible.

Les membranes sont rompues depuis 3 jours. La main introduite dans le vagin arrive à l'orifice et l'on fait la dilatation digitale de l'orifice dont le bord postérieur est dur et résistant. L'utérus se continuant au-dessous.

En faisant traction sur le fœtus, on arrive à réduire l'utérus, et à extraire le fœtus (mort).

Guérison.

Observation XII. — (DEPAUL, 1857).

Femme de 24 ans ; un accouchement en 1852, un avortement en 1855.

Bassin normal.

La grossesse actuelle débuta fin 1856 et ne présenta rien de particulier jusqu'en fin juin 1857, quand elle ressentit de vives douleurs se calmant bientôt.

28 juillet. — Le véritable travail paraît se déclarer avec quelques douleurs et de l'écoulement de sang, mais à marche irrégulière ; les contractions utérines paraissent, puis cessent plus ou moins longtemps.

7 août. — Ecoulement des eaux, teintées de méconium, et les mouvements du fœtus diminuent.

Le lendemain, elle est prise d'une fièvre intense.

10 août. — Le travail était commencé depuis 14 jours, l'état général assez mauvais et l'enfant mort et en décomposition.

A l'examen : l'utérus non douloureux, n'offrait rien de particulier.

Au toucher : on sent une tumeur inégale de la consistance d'un corps fibreux remplissant l'excavation.

Le col, très haut derrière la symphyse, a la forme d'une fente transversale à concavité postérieure, et n'est pas effacé, les 2 lèvres formant saillie, étant souples et molles. La lèvre postérieure, plus longue, semble se détacher de la partie supérieure de la tumeur.

Sous anesthésie, deux doigts sont introduits et tournent l'orifice interne au niveau duquel la lèvre pos-

térieure forme une saillie transversale arrondie, grosse comme le doigt, et tendue comme un tendon.

On sent que la cavité utérine forme un infundibulum s'étendant au-dessous du col et contenant une partie de l'extrémité pelvienne du fœtus.

Laissant les 2 doigts en place, on guide un bistouri boutonné, et l'on débride la lèvre tendue de quelques millimètres.

Aussitôt l'orifice se dilate, et le fœtus peut être extrait sans difficulté.

La malade sortit guérie.

Observation XIII. — (Williams BARTLETT, CHARLES, obs. XLI).

Femme de 25 ans.

Au septième mois de la grossesse : rétention d'urine, douleurs. Rétroversion, anxiété, pouls rapide, peau chaude, céphalalgie, nausées, délire, vomissements.

Tentative de réduction par la méthode de Grégoire. Réduction obtenue à l'aide de la main introduite dans le vagin.

Quelques jours après, récurrence facilement réduite. Accouchement à terme.

Observation XIV. — (BAYNHAM, CHARLES, obs. CXXXI).

Secondipare de 30 ans. Rétroversion irréductible au 6^e mois de la grossesse. Ponction de l'utérus par le rectum. Réduction. Avortement le lendemain.

Abcès dans le tissu cellulaire qui sépare le rectum du vagin.

Guérison 6 semaines après l'opération.

ETUDE CLINIQUE ET COMPLICATIONS

Bien que notre malade n'ait eu qu'une symptomatologie fonctionnelle très réduite, nous nous arrêterons ici sur les signes capables de déceler une rétroversion chez une femme enceinte de plus de six mois, symptômes dits d'incarcération qui se rencontrent, le plus souvent, vers le troisième ou quatrième mois quand la grossesse évolue.

Les premiers en date et incontestablement les plus fréquents sont :

1) *Les troubles urinaires.*

Rétention d'urine, d'abord incomplète avec mictions pénibles et douloureuses, qui se complète en peu de temps. La rétention est alors absolue avec ténesme et douleurs continues et violentes dans le bas-ventre.

A ce moment déjà, il y a atteinte de l'état général.

C'est à cette période que surviennent, très fréquemment, les complications :

A un premier stade :

- une cystite s'installe avec, comme signes locaux :
 - distension de la vessie ;
 - urines fétides ;

et des signes généraux qui s'aggravent :

température ;

pouls rapide ;

traits tirés.

Dans un deuxième stade :

il se produit une compression des artères vésicales qui aboutit à :

— la gangrène de la vessie anémiée qui se perfore et donne

— une inondation péritonéale par l'urine épanchée.

Il y a lieu d'intervenir avant le stade de rétention absolue si l'on voit la femme assez tôt, le plus vite possible, si ce stade est déjà dépassé.

S'il ne survient pas de complications durant ce deuxième stade de rétention absolue, on assiste à un troisième stade :

— de fausse incontinence : la malade urine par regorgement.

Un autre signe fonctionnel important est :

2) *La constipation opiniâtre :*

rebelle à tout traitement jusqu'à devenir absolue et qui s'accompagne de :

ténésme ;

prurit anal ;

congestion hémorroïdaire

pouvant aboutir à un véritable syndrome d'occlusion.

Plus rarement, on rencontre :

3) *Des douleurs de plus en plus vives*, incessantes dans les deux hypocondres, l'hypogastre et la région lombaire, douleurs dues à la compression des nerfs de voisinage.

De même, on a pu voir, dans certains cas :

4) *Des œdèmes*

sur les territoires irrigués par le réseau veineux du plancher pelvien :

grandes lèvres ;

vulve ;

cuisse ;

membres inférieurs.

A ces signes fonctionnels s'ajoutent des signes physiques,

dont la plupart ont déjà été décrits :

— L'inspection et la palpation de l'abdomen révèlent :

— une tumeur vésicale qui masque les signes utérins.

Après cathétérisme qui est, presque toujours, difficile et pénible pour la patiente, l'examen montre :

— une tumeur abdominale arrondie, rénitente, pouvant présenter des contractions et qui, pour être l'utérus, ne correspond pas à l'âge de la grossesse (exception faite pour les cas semblables à celui que nous rapportons où un fibrome antérieur peut faire croire à un développement normal de l'utérus).

Au toucher vaginal :

On ne trouve pas le col qui est remonté, très haut

derrière la symphyse. On arrive parfois à le sentir, à bout de doigt, au fond d'un couloir formé par le cul de sac antérieur très allongé.

Le doigt arrive immédiatement sur

— une tumeur ronde, lisse, régulière, de consistance liquide qui comble le cul de sac postérieur du vagin, et au niveau de laquelle on décèle parfois

des contractions

des parties fœtales tête ou siège

ou un ballottement fœtal.

L'auscultation révèle ou non les bruits du cœur du fœtus.

DIAGNOSTIC

1) LE DIAGNOSTIC DE GROSSESSE sera basé sur :

— l'absence de règles chez la femme examinée : c'est le meilleur signe si l'aménorrhée ne peut être expliquée par ailleurs.

— les bruits du cœur fœtal ; mais ils sont souvent difficiles à trouver.

Dans notre observation, ils ne pouvaient être facilement entendus car on auscultait la tumeur, et non l'utérus gravide.

Le fœtus, peu viable, peut succomber très facilement et les bruits du cœur qui avaient été entendus à un premier examen subi par la malade, ne le sont plus à un examen ultérieur.

— La perception de certaines parties fœtales.

Dans notre cas, il n'a été possible, à aucun moment, de sentir des parties fœtales.

Dans l'observation de VARNIER et DELBET, au contraire, le palper combiné au toucher permettait d'identifier le siège du fœtus situé en haut.

— La présence d'un ballotement fœtal.

Chez notre femme, alors que le palper abdominal

ne donnait pas de ballottement, le toucher vaginal permettait de mettre en évidence ce ballottement.

2) LE DIAGNOSTIC DE RÉTROVERSION sera surtout difficile dans le cas de tumeur associée.

Si, comme dans notre cas, la malade n'accuse aucun signe fonctionnel, aucun antécédent pouvant faire songer à une rétroversion, il peut présenter beaucoup de difficultés.

On se basera alors sur les signes d'examen :

Palpation ;

Toucher vaginal combiné au palper abdominal.

3) DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL. — En l'absence de signes nets de rétroversion, la déviation postérieure de l'utérus gravide peut être confondue avec :

A. — *Une grossesse extra-utérine.* — La tumeur antérieure étant prise pour l'utérus non gravide plus ou moins fibrômateux et la tumeur postérieure pour la tumeur fœtale.

Mais, dans le cas de grossesse ectopique, le col est dévié à droite ou à gauche, il n'est pas haut situé, presque inaccessible comme dans la rétroversion de l'utérus gravide.

Les antécédents de la femme doivent mettre sur la voie du diagnostic :

une grossesse développée en dehors de la matrice à une évolution rarement silencieuse :

c'est une grossesse qui a toujours été plus ou moins douloureuse, qui s'est accompagnée de pertes san-

glantes d'importance variable, de durée inégale, se reproduisant à différentes périodes de la grossesse.

Par le toucher combiné au palper d'une grossesse extra-utérine :

les deux tumeurs, l'antérieure et la postérieure, semblent plus indépendantes l'une de l'autre que dans une rétroversion gravidique.

La tumeur foétale d'une grossesse ectopique est souvent douloureuse à la palpation.

B. — *Une dilatation sacciforme.*

Dans ce cas, en effet, le col de l'utérus est dévié :

— soit en arrière si c'est la partie antérieure du segment inférieur qui s'est développée d'une façon exagérée pour aboutir à la dilatation sacciforme. Dans ce cas, l'erreur de diagnostic n'est pas possible puisque, dans une rétroversion, le col est toujours dévié en avant.

— soit en avant quand c'est la partie postérieure du segment inférieur qui a formé dilatation sacciforme.

C'est dans ce cas qu'il peut être difficile de la distinguer de la rétroversion. Mais, dans la dilatation sacciforme, la grossesse évolue dans un utérus en position normale : le fond utérin est trouvé bien au-dessus de l'ombilic, là où il doit être à la fin de la grossesse.

Les signes foétaux sont plus nets que dans un utérus en rétroversion.

C. — *Tumeur postérieure* de l'excavation pelvienne coïncidant avec une grossesse normale.

L'utérus, situé en position normale, a un développement qui correspond à l'âge de la grossesse avec des signes fœtaux faciles à trouver :

ballotement ;

bruits du cœur ;

pôles fœtaux.

Le col est presque toujours en position normale, en tous les cas beaucoup moins dévié qu'il ne l'est dans les rétroversions utérines.

Nous avons vu qu'une tumeur postérieure peut être la cause d'une rétroversion de l'utérus gravide (Cas de VARNIER et DELBET).

D. — *L'hématocèle rétro-utérine*, citée dans beaucoup de mémoires, ne risque d'être confondue avec une rétroversion gravidique que dans les premiers mois de la grossesse.

Enfin, nous citerons pour mémoire.

E. — *La rétroversion partielle*.

C'est une question de degré.

C'est le diagnostic d'une rétroversion en général.

TRAITEMENT

1) PRÉVENTIF

Il ne faut pas laisser évoluer une grossesse dans un utérus rétrodévié, il faut réduire la déviation postérieure le plus tôt possible.

2) CURATIF

Si la femme n'est vue que dans les 3 derniers mois de la grossesse ;

— la réduction de la rétroversion est alors presque toujours impossible par manœuvres externes.

— l'accouchement par les voies naturelles n'est pas possible : les contractions, dans un utérus coudé, ne peuvent agir efficacement.

La présentation ne peut pas appuyer sur le col, la dilatation se fait mal et très lentement.

S'il n'y a ni douleurs

ni rupture de la poche des eaux il faut attendre le début du travail pour intervenir.

A ce moment, il faut :

— opérer par voie haute (la voie basse n'est pas admissible).

— extraire le fœtus avant d'extérioriser l'utérus si c'est possible.

après extériorisation si on ne peut le faire avant comme c'était le cas pour notre malade.

Après l'extraction du fœtus, la conduite à tenir dépend de la cause de la rétroversion :

Si l'on a affaire à une rétroversion banale :

— l'hystéropexie ligamentaire, pour maintenir l'utérus en bonne position, est indiquée.

Si l'on se trouve en présence d'un fonds utérin maintenu en position postérieure par des adhérences :

— la libération des adhérences avec reposition de l'organe sera l'opération de choix.

S'il existe une tumeur :

— la myomectomie

— l'ablation d'un kyste de l'ovaire

seront préférables, suivant les possibilités, à une hystérectomie toujours condamnable chez une femme jeune dont la vie génitale est en pleine activité.

CONCLUSIONS

1°) Les rétroversions de l'utérus gravide dans les 3 derniers mois sont rares ; il existe quelques rétroversions partielles, mais les rétroversions totales sont exceptionnelles.

2°) La rareté s'explique par suite

A. — du redressement de beaucoup de rétroversions.

B. — de l'avortement assez fréquent.

3°) Causes variables

dont les plus fréquentes sont

les tumeurs } fibrôme
 } ou
 } kyste
et les adhérences postérieures

4°) Dystocie grave

qui nécessite, dans la plupart des cas, une intervention

Césarienne suivie :

- soit d'ablation de la tumeur
- soit de dissociation des adhérences
- soit d'une hystérectomie.

Vu : le Doyen de la Faculté,
BAUDOUIN.

Vu : le Président de thèse
JEANNIN.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris.
G. ROUSSY.

BIBLIOGRAPHIE

- ANTONY Laurent. — Utilité d'un traitement médical dans les rétrodéviations utérines. Paris, *th. médicale*, 1912-1913, N° 48.
- BELLISSENT. — De la rétroversion utérine au point de vue de l'étiologie et du traitement. *Th.* Montpellier, 1882-83, N° 42.
- CAMBASSÉDÈS Louis. — Contribution à l'étude du traitement des rétrodéviations de l'utérus. Montpellier, *th. médicale*, 1909-1910, n° 83.
- COMBARIEU. — Etude sur la pathogénie de la rétroversion de l'utérus gravide. *Th.* Paris, 1884-85, N° 171.
- CRIVELLI Louis-Pierre. — Des rétro-déviations partiellement irréductibles de l'utérus gravide. *Th.* Paris, 1920, N° 163.
- DEPAUL. — Etude sur une forme insolite de l'utérus gravide. *Archives de tocologie*, 1876.
- FARABEUF et VARNIER. — Etude clinique et pratique des accouchements.
- GUILLOUX Alain. — Contribution à l'étude des complications urinaires dans la rétro-déviations de l'uté-

rus gravis. Bordeaux, *th. médicale*, 1912-1913, N° 14.

LERAT. — La rétroversion de l'utérus gravis et son traitement. *Th.* Paris, 1910-1911, N° 297.

PÉAN Marcel. — Complications de la rétroversion de l'utérus gravis incarcéré (en dehors des troubles urinaires). Lyon, *th. médicale*, 1919-1920, N° 212.

PINARD et VARNIER. — Contribution à l'étude de la rétroversion de l'utérus gravis.

RAICHSTEIN. — De la rétroversion de l'utérus gravis. Paris, *th. médicale*, 1909-1910, N° 476.

VALLARD. — La réduction par colpotomie de la rétroversion de l'utérus gravis (formes graves). Lyon, *th. médicale*, 1918-1919, N° 5.

VAUDESCAL. — Les rétroversions partielles de l'utérus gravis. *Leçons du jeudi soir à la clinique Tarnier*, 2^e année, 1925.